EXPOSÉ

DES TITRES ET TRAVAUX

DU

D' L. SECHEYRON

CONCOURS D'AGRÉGATION 1892

(Chirurgie).

TOULOUSE,
IMPRIMERIE J.-M. PINEL,
PLACE SAINT-GEORGES, 12.

1892

TRAVAUX

GYNÉCOLOGIE

I. — *De l'hystérotomie vaginale*, th. inaug., 1888, couronné par la Faculté de médecine de Paris.

II. — *De l'hystérectomie vaginale*, couronné par l'Académie de médecine. (Prix de l'Académie, 1887, O. Doin).

*III.[1] — *Note sur la tuberculose des trompes*. Progrès médical, 1887.

*IV. — *De la perforation des petites lèvres*. Annales de gynécologie, avril 1887.

V. — *Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus*, en collaboration avec M. le Dr Péan. *Mémoire lu au congrès de l'association pour l'avancement des sciences* : session de Toulouse de 1887. Archives de Tocologie, novembre, décembre, 1887.

VI. — *Etude sur l'incontinence d'urine congénitale. Abouchements anormaux de l'uretère dans le canal vulvo-vaginal. Etude anatomique et clinique. Mémoire présenté au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences :* session de Toulouse 1887. Lecrosnier, 1889.

1. Les travaux marqués d'un astérisque * ne seront pas analysés.

VII. — *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Indications et contre-indications.* Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, novembre 1887.

* VIII. — *Leçons cliniques de Gallard.* Gazette des hôpitaux, 1886-1887.

OBSTÉTRIQUE

IX. — *Note sur un cas de rupture complète de l'utérus.* Annales de gynécologie, juin 1884, et tirage à part. Steinheil, 1884.

X. — *Du cloisonnement pelvien antéro-postérieur; ses rapports avec la malformation utérine. Considérations anatomiques et cliniques.* Annales de gynécologie, 1885. Tirage à part. Steinheil, 1885.

* XI. — *Le diagnostic de la malformation utérine pendant le travail:* mémoire lu à la Société d'obstétrique de Paris, 12 janvier 1888.

* XII. — *Un cas d'insertion vélamenteuse avec placenta succenturié.* Archives de Tocologie, janvier 1888.

XIII. — *Du prolapsus vaginal muqueux pendant l'accouchement,* communication à la Société de médecine de Toulouse, 1891.

* XIV. — *Hypnotisme et suggestion en obstétrique,* en collaboration avec M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. Archives de Tocologie. Lecrosnier, 1889.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

XV. — *De l'ostéomyélite du pubis.* Archives générales de médecine, 1888, tirage à part, Davy.

* XVI. — *Anomalie de l'urèthre : cloison transversale valvulaire en arrière de la fosse naviculaire.* Bulletin de la Société anatomique, 1885.

XVII. — *De l'empoisonnement par le chlorure de zinc*, mémoire lu à la Société de médecine légale de Paris, 1885. In annales d'hygiène, et tirage à part, J.-B. Baillière, 1886.

XVIII. — *De la grangrène sèche des extrémités, par applications topiques phéniquées*, mémoire lu à la Société de médecine légale de Paris, juillet 1886. In annales d'Hygiène, 1886.

XIX. — *Note sur deux cas de syphilis tertiaire acquise, observés chez des adolescents.* In annales de Dermatologie, et tirage à part, Masson, 1886.

XX. — *Note sur deux variétés de papillomes.* Archives générales de médecine, octobre 1886, tirage à part, Asselin et Houzeau.

XXI. — *Troubles trophiques de la main* (panaris analgésique) *consécutifs à une plaie de la paume de la main.* France médicale, p. 169, 1886. Note lue à la Société clinique.

XXII. — *Du Goître transitoire*, mémoire lu à la Société de médecine de Toulouse, 1889.

REVUES GÉNÉRALES

CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

* *Du traitement chirurgical des fibrômes utérins.* Gazette des hôpitaux, 1888.

* *Antisepsie et asepsie en obstétrique.* Gazette des hôpitaux, 1886.

* *Variétés postérieures de la variété du sommet.* Echo médical, 1889.
* *D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses.* Echo médical, 1889.
* *La présentation de la face.* In Archives de Tocologie, 1889.
* *De l'allaitement, sa conduite, ses difficultés et les moyens d'y remédier.* Leçons à l'Ecole de médecine. In Echo médical, 1890.
* *Des tendances actuelles dans la pratique de la périnéorraphie.* In Thérapeutique contemporaine, 1886.

MÉDECINE

Essai sur le mal de Bright et les néphrites. In Echo médical, 1889.

* *Hydrophobie — mort — affection développée 31 jours après une morsure par un chien rabique.* In France médicale, 18 février 1886.
* *Névroses urinaires de l'enfance.* In Echo médical, 1889.

Présentations, 1884-1888, à la *Société anatomique*, à la *Société de biologie*, à la *Société clinique*, à la *Société obstétricale* et *gynécologique de Paris*.

TITRES UNIVERSITAIRES

NOMMÉ, par arrêté ministériel en date du 31 mai 1888, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse (Concours de Bordeaux, 1888).

DÉLÉGUÉ, par dépêche ministérielle du 1er décembre 1888, aux fonctions de chef des Travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Toulouse (année 1889).

CHARGÉ, par arrêté ministériel en date du 18 mai 1889, pendant le 2me semestre de l'année scolaire 1888-89, d'un Cours de clinique obstétricale et gynécologie à l'Ecole de médecine de Toulouse.

DÉLÉGUÉ, par dépêche ministérielle en date du 8 décembre 1890, dans les fonctions de chargé du Cours de clinique obstétricale, jusqu'à la constitution du personnel de la Faculté de médecine, instituée par le Décret du 28 novembre 1878.

NOMMÉ, par arrêté ministériel en date du 24 mars 1891, chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Toulouse.

TITRES HONORIFIQUES

Interne des hôpitaux de Paris (Concours 1883).

Chirurgien-adjoint des hôpitaux de Toulouse (Concours de Juillet 1891).

Lauréat de l'Académie de médecine de Paris (Prix de l'Académie 1887).

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (Prix de Thèse, Médaille de bronze, 1888).

Membre correspondant de la Société anatomique de Paris, 1887.

Membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 1888.

Membre de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, 1891.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

DE L'HYSTÉROTOMIE VAGINALE 1888.

Cette étude nouvelle dans un grand nombre de ses chapitres traite d'une manière plus spéciale du traitement des fibrômes utérins par la voie vaginale. Certains points, le manuel opératoire de l'extirpation des fibrômes en particulier sont bien connus aujourd'hui, surtout depuis leur vulgarisation par le Traité classique de Gynécologie de M. S. Pozzi.

Les conclusions de cette étude feront bien connaître son esprit.

L'hystérotomie vaginale consiste essentiellement dans l'incision de l'utérus par le vagin.

Cette incision peut porter sur le col ou sur le col et le corps. Elle constitue un excellent moyen de diagnostic et peut devenir en même temps un moyen de traitement radical.

L'hystérotomie est ainsi applicable aux sténoses, aux conformations vicieuses du col congénitales ou acquises.

Elle permet de reconnaître de petits fibrômes encastrés dans l'utérus, d'abraser de larges surfaces d'une muqueuse utérine malade; et ainsi de faciliter la recherche de certains épithéliomas, de guérir l'endométrite.

L'hystérotomie vaginale est une opération de choix qui permet l'extirpation radicale des tumeurs fibreuses et des kystes utérins. Cette opération sera indiquée pour toute tumeur fibreuse qui, par des métrorrhagies, des accidents septiques, des troubles fonctionnels met la vie en danger. Les contre-indications sont tirées : 1° du trop grand volume, au-delà d'une tête de fœtus; 2° de la multiplicité des fibrômes, surtout s'ils sont situés au fond même de l'utérus. Ces contre-indications pour l'hystérotomie vaginale peuvent être des indications de l'hystérectomie vaginale ou du traitement chirurgical des myomes par la voie abdominale.

L'énucléation proprement dite, simple ou aidée de la traction, procédé de la pédiculisation du myome — procédé d'Emmet — expose à des accidents traumatiques : lésions de l'utérus, hémorrhagies, et à des accidents consécutifs d'ordre septicémique.

L'énucléation consécutive à l'incision du parenchyme utérin au niveau du myome et par la cavité utérine, procédé de Vulliet, est un procédé lent, incertain, nécessitant plusieurs séances opératoires et exposant ainsi à des accidents septiques.

Tous ces procédés ont donné des succès, mais, si limités, qu'ils appellent des modifications radicales. Le procédé de l'extirpation du myome par morcellement comprend plusieurs avantages :

1° Large champ opératoire, large libération; section du col, du segment inférieur de l'utérus jusqu'au myome.

2° Certitude de l'ablation complète et assez facile du myome, grâce à l'emploi judicieux des pinces hémostatiques et des ciseaux. Cette manœuvre facilite l'hémostase et le morcellement, l'évidement de la tumeur et son extirpation lambeau par lambeau.

L'antisepsie est de rigueur. Si les règles de l'antisepsie sont bien observées pendant l'opération et dans les soins consécutifs, le succès est à peu près certain.

Ce procédé est applicable à tous les cas de myome du col, du corps de l'utérus, à des polypes énormes, vaginaux ou utéro-vaginaux.

L'inversion utérine, complication possible du myome, peut parfois être employée comme manœuvre systématique de l'ablation du myome.

Pendant le cours de la grossesse, les fibrômes seront respectés, à moins de siéger sur le col et de provoquer des hémorrhagies graves, d'être cause de dystocie.

Les kystes utérins et juxta-utérins séreux, hydatiques, dermoïdes ou développés dans un fibrôme seront opérés s'ils donnent lieu à des accidents : hémorrhagies, troubles fonctionnels mécaniques ou réflexes.

L'hystérotomie, section de l'utérus, col et corps, jusqu'au kyste, ouvrira la voie. Le kyste vidé, il sera nécessaire d'exciser ses parois s'il est possible; puis d'établir jusqu'à parfaite rétraction des parois deux gros drains disposés en canon de fusil dans cette cavité. Ils seront maintenus assez longtemps.

Les soins antiseptiques, lavages abondants avec solutions antiseptiques, sublimé 1/2000, acide phénique 1/100 à 290 sont ici encore indispensables.

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE : INDICATION ET CONTRE-INDICATION.

Ce travail est la reproduction presque intégrale du mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix de l'Académie 1887). Toutefois le mémoire a été augmenté d'une étude sur l'hystérectomie va-

ginale appliquée aux phlegmasies péri-utérines. Il est juste de faire remarquer que cette étude est la première qui ait paru sur ce sujet : de très récentes discussions à la Société de chirurgie ont trop fait connaître les bienfaits de ces interventions pour ne pas avoir rendu légitime leur pratique.

Les conclusions posées à la fin de notre mémoire peuvent passer pour exactes, bien qu'elles aient été posées au moment de la renaissance de l'hystérectomie vaginale, en 1887. Elles peuvent encore servir comme point de repère et marquer au chirurgien la ligne de conduite à suivre tant envers les affections malignes de l'utérus qu'envers les fibrômes utérins et les affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes.

Il nous sera permis de les reproduire simplement:

1° *Hystérectomie pour affection maligne*. Appliquée aux affections malignes de l'utérus, épithélioma, carcinome, sarcome, l'hystérectomie vaginale doit être :

1° Pratiquée au début de l'affection ;

2° Totale.

Dans ces conditions seulement, l'intervention peut être radicale et mettre à l'abri des récidives.

L'intervention dans quelques cas de cancer propagé à une petite étendue du vagin, du ligament large, sera suivie d'une guérison complète, ou tout au moins de récidive éloignée, à la condition expresse d'être très étendue ; mais, dans ces cas, il est nécessaire d'user des procédés qui permettent de poursuivre l'affection. L'hystérectomie vaginale paraît devoir être mieux poursuivie avec le thermo-cautère et l'instrument tranchant.

L'intervention reçoit les contre-indications suivantes :

1° Envahissement des tissus voisins de l'utérus, de la paroi antérieure du vagin en particulier.

2° Troubles urémiques avec ou sans albuminerie.

3° Cachexie avancée.

4° Lésions secondaires ; dégénérescence viscérale ; dégénérescence des ganglions éloignés de la matrice ; adénite sus-claviculaire.

Au point de vue opératoire, les données suivantes ont été établies.

L'hémostase est la principale difficulté de l'opération.

L'hémostase par les *ligatures* doit être réservée ; employée seulement pour les extirpations faciles d'utérus — petit volume, absence d'adhérences péritonéales.

Le pincement des ligaments larges au moyen de pinces droites ou courbes, à mors forts, longs de 6, 8, 9, 10 cent., assure la bonne exécution de l'hémostase.

L'hystérectomie vaginale combinée au morcellement, à l'ablation avec l'anse galvanique ou le cautère galvanique à bords tranchants, sera réservée à des cas bien spécifiés : étendue trop large des lésions, gros volume du corps utérin, complication de fibrômes.

Hystérectomie pour fibrôme. — Tout fibrôme utérin à moins de rester absolument latent, de ne pas manifester sa présence par des troubles inquiétants, doit être enlevé.

Le traitement, dit médical, est impuissant à arrêter l'évolution de ces tumeurs, ou du moins plein d'incertitude.

L'intervention chirurgicale est le traitement rationnel des fibrômes. Deux voies se présentent à l'opérateur pour son intervention : voie vaginale, voie abdominale. Par la voie abdominale, le chirurgien après s'être rendu compte, grâce à une laparotomie exploratrice de la situation, de l'état des ovaires, de la facilité relative, des chances de succès d'une opé-

ration directe sur l'utérus, doit pratiquer soit la *castration ovarienne*, soit *l'hystérotomie* ou *l'hystérectomie abdominales*. Les indications de la castration ovarienne seront limitées au cas de myomes d'un gros volume, au-dessus d'une tête de nouveau-né, et à la condition d'une extirpation ovarienne facile, complète. La difficulté de la recherche des ovaires, l'isolement de ces organes, ou bien encore des phénomènes aigus de compression, des accidents septicémiques pourront créer la nécessité d'une opération directe contre l'utérus fibromateux, devenir ainsi l'indication d'une hystérotomie ou d'une hystérectomie supra-vaginale. Ces opérations d'une gravité extrême doivent être exceptionnelles. En présence d'un myome de petit volume, d'un volume inférieur à celui d'une tête de nouveau-né, la voie abdominale doit être délaissée et la castration ovarienne repoussée. La voie vaginale doit toujours être suivie lorsque le volume du fibrôme ou des fibrômes à extraire le permettra; la facilité, la possibilité d'extraction forment les premières conditions requises d'une bonne opération par le vagin. Ces opérations, *hystérotomie*, *hystérectomie*, donnent de beaux succès opératoires, des résultats ultérieurs plus certains encore que la castration ovarienne.

L'opérateur peut en outre, si la situation le permet, agir par la voie vaginale, suivant les principes de la chirurgie conservatrice, laisser intact l'utérus, sauvegarder ainsi la vie sexuelle de la femme.

Malgré tous les efforts des chirurgiens opérant volontiers par le vagin les petits et moyens fibrômes, beaucoup de fibrômes resteront attaquables seulement par la voie abdominale. En effet beaucoup de malades n'offriront des symptômes inquiétants et ne se présenteront au chirurgien qu'après avoir dépassé la

période où l'hystérectomie vaginale est encore praticable. En raison de la gravité des deux modes opératoires, il est important de ne pas laisser dépasser à la malade cette période; et il est bon de préconiser les interventions promptes, surtout en présence d'un cas où l'hystérotomie seule peut délivrer la malade.

Au point de vue opératoire, la division classique des fibrômes doit être conservée : division en fibrômes sous-muqueux, interstitiels, sous-séreux.

Le fibrôme *sous-muqueux*, sessile ou pédiculé, sera excisé par les moyens les plus simples; excision simple aidée parfois du morcellement pour les fibrômes à trop large base d'implantation, pour les polypes trop volumineux.

Le myome *interstitiel* est passible de deux procédés d'extraction :

1° Morcellement avec ou sans hystérotomie préalable.

2° Morcellement avec hystérectomie vaginale : fibrômes multiples ou fibrôme unique de moyen volume.

Le fibrôme *sous-séreux* sera enlevé par morcellement; le plus souvent avec hystérectomie vaginale, s'il siège sur le fond de l'utérus près des cornes ou s'il est volumineux. L'hystérectomie vaginale sera totale, d'emblée, si l'utérus est bourré de petits fibrômes; fond, côté.

Pour l'extraction d'un ou de plusieurs fibrômes volumineux, l'opération d'abord vaginale, devra par nécessité être suivie d'une hystérectomie abdominale.

Hystérectomie vaginale pour métrite. — Il est exceptionnel qu'une métrite, même une métrite dite hémorrhagique, nécessite l'hystérectomie vaginale. Les utérus extirpés sur la croyance d'une simple métrite étaient le plus fréquemment des utérus atteints d'une autre lésion, d'épithélioma de la muqueuse du corps, de petits fibrômes en particulier.

Hystérectomie vaginale pour phlegmasies péri-utérines. — Les phlegmasies péri-utérines entraînant des suppurations de longue durée, des accidents septicémiques peuvent nécessiter une opération radicale comme l'hystérectomie vaginale. L'opération est alors l'ultime ressource, une dernière chance de succès, préférable à la castration ovarienne.

Hystérectomie vaginale pour ovarite, et névralgies utéro-ovariennes. — Dans le cas de nécessité absolue, d'insuccès du traitement médical, la castration utérine doit être préférée à la castration ovarienne. Plus souvent elle amène la guérison d'une manière plus certaine. Du reste la première a été parfois la conséquence forcée de l'insuccès de la seconde.

Hystérectomie vaginale pour flexion, version. — Elle doit être repoussée.

Hystérectomie vaginale pour prolapsus. — L'élongation hypertrophique du col est la règle; le prolapsus vrai, la fort grande exception. L'hystérectomie partielle sera indiquée dans l'élongation. L'ablation totale paraît devoir être rejetée comme inutile.

Hystérectomie vaginale pour inversion. — L'inversion utérine irréductible nécessite l'hystérectomie. L'extirpation partielle est néanmoins suffisante le plus souvent.

Le procédé de M. Périer est excellent, mais il paraît pouvoir être remplacé par celui de l'excision précédé du pincement des parties sous-jacentes à l'inversion. Dans la pose des pinces il faudra avoir soin de ne pas saisir des anses intestinales.

Hystérectomie vaginale pendant la grossesse. — En principe, abstention absolue. L'état de grossesse doit être considéré comme une complication, une cause de plus grande tendance à la récidive du cancer.

L'opération ne sera pratiquée qu'exceptionnellement après les couches et dans les cas de cancer.

Hystérectomie vaginale dans le cas de malformation utérine. — La voie vaginale est surtout rétrécie ou fermée d'une manière anormale : atrésie ou absence du vagin.

La castration ovarienne est l'opération qui paraît la mieux indiquée dans le cas de malformations graves, complexes des voies génitales.

ÉTUDE SUR LES KYSTES HYDATIQUES DE L'UTÉRUS.

Les kystes hydatiques de l'utérus sont une rareté pathologique : dix faits recueillis dans la littérature médicale sont seuls probants : trois d'entre eux sont une trouvaille d'autopsie — cas de Laënnec, Ferrand et Barré.

Leur pathogénie offre des points obscurs. Le germe hydatique, l'hexacanthe, pénètre dans le parenchyme utérin, soit indirectement par l'intermédiaire de la circulation, soit plus directement par effraction des tuniques intestinales et progression jusqu'à l'utérus, soit encore par rupture d'une vésicule fille émanée d'un kyste hydatique abdominal : foie, épiploon, rein.

Le kyste peut se développer dans le parenchyme utérin, être interstitiel, sous-muqueux; ou bien son développement s'effectue à côté de l'utérus. Le kyste, juxta-utérin d'abord, peut faire irruption dans l'utérus par amincissement graduel des parois — cas de Brill, de Kucheinmeister.

Les kystes de petit volume restent latents ; ils n'existent, au point de vue clinique, que si leur grand volume devient l'occasion de douleurs, de contrac-

tions utérines, avec ou sans métrorrhagies, de gêne pour la miction, la marche.

Ils apparaissent encore à l'occasion d'une complication qu'ils provoquent : rétroversion utérine, cas de Jones ; inversion utérine, cas de Taicher ; rétention d'urine, cas de Péan.

Leur symptôme caractéristique consiste dans l'expulsion d'hydatides vésiculeuses, résultat d'une rupture spontanée ou artificielle de la poche kystique : cas de Graily-Hewit, de Brill, de Bernard Sczancer, de Péan.

Leur influence sur la grossesse paraît nulle, les kystes n'amènent ni la stérilité, ni l'avortement, au moins dans les conditions semblables à celles observées jusqu'à ce jour.

L'influence du kyste sur la marche du travail est capitale. Elle est marquée par un ralentissement et même un arrêt de ce travail, si le kyste, cause de dystocie siège au col, au segment inférieur de l'utérus. La dystocie a parfois nécessité le sacrifice du fœtus : céphalotripsie, embryotomie : cas de Günsberg ; crâniotomie, cas de Brill.

Il faut savoir que, presque dans les mêmes conditions, kystes hydatiques du petit bassin péri-utérins, — trois opérations césariennes ont été relevées par M. Porak, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, dans son excellent travail sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Gazette hebdomadaire*, Paris, 1884.)

Un diagnostic du kyste hydatique aurait peut-être empêché ces opérations.

Le diagnostic basé sur les symptômes, les troubles fonctionnels, ne peut être qu'incertain ; la ponction, l'évacuation spontanée ou artificielle des vésicules, de lambeaux de la poche, reconnus au microscope de nature hydatique, sont les deux symptômes caractéristiques.

Il faut éviter une confusion surtout avec la grossesse au début, les tumeurs fibreuses fibro-kystiques, les tumeurs utéro-kystiques et les môles hydatiformes.

Le pronostic est grave : les tumeurs kystiques ne rétrocèdent pas. Il est grave surtout si le kyste, cause de dystocie, est méconnu.

Le traitement le plus rationnel consiste dans la ponction — procédé de diagnostic — suivie de l'excision d'une partie de la poche et de son drainage.

La discision sanglante et la libération du col sont nécessaires pour atteindre des kystes élevés au-dessus du col. Ces manœuvres opératoires facilitées par l'emploi des pinces hémostatiques, ont une importance capitale pour mener à bien l'opération.

DES ABOUCHEMENTS ANORMAUX DE L'URETÈRE A LA VULVE, AU VAGIN. — ÉTUDE CLINIQUE SUR L'INCONTINENCE D'URINE CONGÉNITALE, ET CONSIDÉRATIONS D'EMBRYOGÉNIE SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE D'ANOMALIE URETÉRALE.

L'abouchement anormal de l'uretère dans le vagin, à la vulve, près du méat est une malformation d'une rareté extrême. Cette malformation est marquée par un symptôme caractéristique : l'incontinence d'urine congénitale.

Son existence soulève une question d'embryogénie très intéressante.

L'anomalie peut être simple ou complexe, bilatérale ou unilatérale.

L'anomalie bilatérale est en règle générale complexe, acompagnée de malformations incompatibles avec la vie : cas de Palfim, de Viguier, de Pigné, de Depaul.

Il n'existe, selon toute vraisemblance, qu'un seul cas dans la classe d'anomalie bilatérale ; double fistule urinaire vulvaire, congénitale, compatible avec l'existence : cas de Schrader.

L'uretère anormalement situé le long du vagin, s'abouche à la vulve, près du méat, ou bien se termine en cul-de-sac sur les côtés de l'urèthre, à une hauteur variable du vagin : dans ce cas d'uretère en ectopie et imperforé, il s'agit, on le comprend, de trouvaille d'autopsie.

L'abouchement anormal de l'uretère à la vulve s'effectue au niveau et sur les côtés du méat urinaire.

Il existe un pertuis à quelques millimètres de la vulve, petit orifice d'un canal qui se poursuit sur un des côtés du vagin. Le cathétérisme avec un stylet démontre son indépendance de la vessie, du vagin et sa continuation au-delà de la vessie.

L'écoulement de l'urine que l'on voit sourdre de cet orifice démontre, avec indépendance de la vessie, la nature uretérale du cas anormal.

Les uretères en ectopie, terminés en cul-de-sac, se reconnaissent facilement. Leur situation au-dessus des ligaments larges ; la terminaison de leur extrémité supérieure à une masse kystique ; rein dégénéré, placé parfois lui-même en ectopie, sont des caractères distinctifs de premier ordre.

La terminaison en cul-de-sac peut se faire à une hauteur variable : 1° au-dessus de la vessie ; 2° en avant du col ; 3° près du méat uréthral — observation personnelle (1) — ce sont trois degrés d'une même anomalie.

(1) Anomalie de l'appareil génito-urinaire, utérus double, malformation uretérale. Présentation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris et à la Société de biologie (février 1886).

Ces anomalies uretérales sont surtout distinctes de la persistance des canaux de Wolff.

La persistance de ces canaux est d'une rareté extrême. Cependant plusieurs cas d'anomalies uretérales ont été décrites comme formant une persistance du canal de Wolff.

Le caractère essentiel de cette dernière anomalie est tiré de la situation complète de ce canal dans les ligaments larges et sur les côtés du vagin. Le canal de Wolff persistant doit être en tous points analogue aux canaux de Gartner observés chez la truie, la vache. La coïncidence d'une anomalie rénale, vésicale, plaide surtout en faveur d'une anomalie uretérale.

L'anomalie uretérale s'explique par un abouchement anormal de l'uretère dans le sinus uro-génital. Ainsi s'établit une communication avec une partie plus ou moins élevée de l'allantoïde abdominale ou du sinus uro-génital; et, ainsi, un abouchement dans une partie plus ou moins élevée de la vessie, en arrière ou en avant du trigone, en avant même du col vésical.

L'abouchement peut se faire aux confins du sinus uro-génital, près du méat, tout près de l'extrémité inférieure des canaux de Müller : vagin.

Les anomalies bilatérales et complexes des uretères, celles que nous décrivons sont une preuve nouvelle et formelle des liens d'évolution qui relient les malformations multiples du cloaque.

L'anomalie uretérale le plus souvent simple marque : 1° par sa rareté, l'indépendance à peu près absolue; au point de vue du développement, de l'appareil génital et de l'appareil urinaire; 2° la possibilité d'un rein normal dans ses fonctions, avec un uretère s'abouchant en dehors de la vessie, à la vulve, au vagin.

L'imperforation uretérale s'accompagne d'une disparition du parenchyme rénal; le rein, parfois en ectopie, se transforme en kyste. Ce fait est une belle démonstration anatomique du bien fondé des résultats récemment obtenus par M. le Professeur Guyon dans le cours de ses expériences sur la ligature aseptique de l'uretère.

L'incontinence d'urine vulvaire ou vaginale, audessous de la vessie est relativement facile à réparer. Il est au contraire d'une pratique fort délicate de remédier à une fistule uretérale congénitale de la partie supérieure du vagin; dans ce dernier cas, la création d'un canal artificiel, long de plusieurs centimètres, se rendant à la vessie, complique l'opération, mais toutefois sans la rendre impossible.

Si toute tentative échoue, il pourra paraître indiqué de pratiquer la néphrectomie.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

(Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, nov. 1887).

Cette étude d'ensemble est la première publiée en France sur ce sujet. Elle montre d'après l'analyse des faits rassemblés par l'auteur au nombre d'une cinquantaine que la laparatomie est le procédé de choix dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. La laparotomie peut devenir une opération de nécessité dans les cas de tuberculose péritonéale compliquée d'étranglement interne ou de perforation intestinale. Les autres formes de péritonites compliquées de lésions viscérales aiguës, de masses ganglionnaires mésentériques, de lésions étendues des organes génitaux doivent être l'objet de certaines réserves.

Ces conclusions sont encore adoptées par la majorité des chirurgiens. Aussi, ne peut-on considérer cette étude comme un simple travail de vulgarisation.

NOTE SUR UN CAS DE RUPTURE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS (UTÉRUS BI-CORNE, BI-LOBÉ).

DU CLOISONNEMENT PELVIEN ANTÉRO-POSTÉRIEUR. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET CLINIQUES SUR LA RUPTURE DE L'UTÉRUS MALFORMÉ.

Une curieuse observation de rupture utérine dans un cas de malformation utérine observée à la Maternité de Beaujon a été le point de départ de cette étude. L'existence de brides vésico-rectales avait déjà été relevée par plusieurs auteurs, mais leur histoire n'avait pas encore été tracée.

Ces brides forment un cloisonnement vésico-rectal qui traverse et divise le petit bassin en deux loges : droite et gauche. Les cloisons coexistent avec une malformation utérine : utérus bi-corne, bi-lobé, utérus double.

La cloison peut être plus ou moins élevée, plus ou moins accentuée : elle passe entre les deux lobes utérins, son bord inférieur s'attache au point de jonction des lobes ou bien reste libre, formant alors une véritable bride. Cette bride est rigide ; au-dessous d'elle peut s'étrangler une anse intestinale.

Par leur nature, ces brides se rapprochent des ligaments utérins péritonéaux : elles sont constituées par une séreuse enveloppant des bandes des faisceaux cellulaires et de fibres lisses.

Leur origine est péritonéale et non inflammatoire.

La duplicature péritonéale paraît empêcher la coalescence des canaux de Müller et favoriser ainsi la

dualité utérine, ou bien il est encore préférable d'admettre que les malformations sont contemporaines, dépendantes d'un même ordre de faits.

Les cloisons péritonéales jouent un certain rôle dans la production de quelques complications de l'accouchement. Il est légitime de les accuser d'être l'origine de ruptures utérines. Sur quatre cas de ruptures d'utérus bi-corne, bi-lobé, deux appartiennent à des utérus avec malformation péritonéale.

DU PLISSEMENT VAGINAL PENDANT L'ACCOUCHEMENT

(Bulletin de la Société de médecine de Toulouse), 1891.

L'observation d'un cas de prolapsus de la muqueuse vaginale, dans le cours d'un accouchement gemellaire, est devenue le point de départ d'une étude du plissement du conduit vaginal prolabé au-devant de la tête fœtale.

Ces plis du vagin forment parfois des diaphragmes qu'il convient de ne pas confondre avec des replis congénitaux ou spasmodiques. Leur disparition facile par la dilatation manuelle éclaire le diagnostic et empêche de recourir à une intervention plus active, à l'instrument tranchant par exemple : tel est le but pratique de ce mémoire.

CHIRURGIE

DE L'OSTÉOMYÉLITE DU PUBIS.

La rareté et la difficulté de diagnostic des suppurations aiguës de la symphyse pubienne en dehors de la grossesse donnent grand intérêt à une observation recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Le Dentu. L'ostéomyélite du pubis est semblable à celle de tout os plat; elle rappelle dans ses débuts presque trait à trait une maladie infectieuse, telle que fièvre typhoïde, myosite infectieuse des muscles abdominaux, phlegmons péri-vésicaux. La douleur fixe ante et rétro-pubienne augmentée par la pression, existant même en dehors de tout empâtement et survenant au milieu d'accidents infectieux a dans cette affection toute la valeur clinique que notre maître, M. le professeur Lannelongue a conféré depuis longtemps au phénomène douleur dans l'ostéomyélite en général.

Le diagnostic de l'affection est nécessaire à une bonne thérapeutique, au salut du malade. L'intervention seule, une trépanation hâtive, a sauvé un jeune malade observé récemment dans le service de clinique de M. Le Dentu.

DE LA GANGRÈNE SÈCHE DES EXTRÉMITÉS PAR APPLICATION DE LA SOLUTION PHÉNIQUÉE FORTE ET EN PARTICULIER DE LA SOLUTION DITE PHÉNOL-BORŒUF.

(Mémoire lu à la Société de médecine légale de France, le 11 mai 1886).

L'emploi empirique de certains antiseptiques peut être préjudiciable. J'ai cru devoir rapporter plusieurs exemples de l'imprévoyance des malades se servant de solutions phéniquées fortes. La gangrène sèche des parties immergées, des extrémités digitales, par exemple, se produit analogue à celle consécutive à l'emploi de certains acides, acide sulfurique, chlorydrique; cette gangrène ne doit pas être recherchée comme mode d'amputation chez des malades offrant des contre-indications au chloroforme. Les expériences instituées sur ce point par le professeur Ollier doivent servir de défense expresse.

SYPHILIS TERTIAIRE ACQUISE OBSERVÉE CHEZ DES ADOLESCENTS

L'intérêt qui s'attache à l'évolution de la syphilis acquise dans le jeune âge m'a engagé à retracer l'histoire de deux adolescents syphilitiques. La multiplicité des lésions à localisation osseuse, leur gravité montre combien est grande l'influence perturbatrice de la syphilis dans le jeune âge. Au point de vue pratique, il est possible de rapprocher la syphilis congénitale et la syphilis acquise en bas-âge. La recherche de l'origine d'une syphilis acquise chez l'adolescent est hérissée de difficultés ; et je me suis surtout attaché à montrer ces difficultés et à mettre

en saillie les meilleurs points de repère dans une enquête aussi épineuse.

NOTE SUR DEUX VARIÉTÉS DE PAPILLOMES

(Arch. générales de médecine, oct. 1886).

Cette étude sur une variété de tumeur chronique de la peau peut servir à différencier au double point de vue clinique et histologique, le vulgaire papillome d'un épithélioma cutané. Cette distinction est d'un grand poids en pathologie générale. L'épithélioma est une prolifération épithéliale dans son essence, le papillome est une prolifération de la papille, partie constitutive du derme. Les coupes histologiques pratiquées par M. le Dr Balzer, dans les cas de papillomes que nous décrivons, servent de garantie à la justesse de notre description.

TROUBLES TROPHIQUES DE LA MAIN (PANARIS ANALGÉSIQUE) CONSÉCUTIFS A UNE PLAIE DE LA PAUME DE LA MAIN

(Communication à la Société clinique de Paris, in France médicale, 6 février 1886).

J'ai eu l'honneur de rapporter à la Société clinique un cas de panaris analgésique avec troubles trophiques de nature ascendante vers la racine du membre. Ces troubles ont été considérés comme le résultat d'une névrite périphérique ascendante tendant à gagner les plexus et la moelle, et nous les avons rapprochés de ceux de la période pré-ataxique et de l'ataxie confirmée.

Cette hypothèse a reçu pleine confirmation des travaux de l'Ecole de la Salpétrière.

DU GOITRE TRANSITOIRE

(Mémoire lu à la Société de médecine de Toulouse, 1889).

Le fait suivant a été observé dans le service de notre maître, M. le professeur Le Dentu. Une jeune femme se présente avec un goître du volume d'un petit œuf. A la suite d'un simple coup de trocard fin, la tumeur diminue rapidement; quelques jours après une nouvelle piqûre est suivie d'un gonflement immédiat considérable de la partie antérieure du cou et d'accidents asphyxiques si graves que la trachéotomie paraît urgente. Des applications froides sur le cou font disparaître bientôt tous ces accidents. Un examen attentif de la malade ainsi que l'évolution des phénomènes permet de rattacher tous ces accidents à des troubles hystériques. La gravité et la brusque disparition de ces symptômes attirèrent notre attention; plusieurs cas de goîtres passagers de même ordre furent soumis à notre observation.

L'ensemble de ces cas rapprochés des accidents graves, mortels même signalés par les auteurs devint l'origine d'une étude sur le rôle du système nerveux dans la production de certains goitres transitoires. Ces goîtres d'après nous simplement vasculaires sont le résultat de troubles congestifs vaso-moteurs liés à la cause première : l'hystérie.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORURE DE ZINC

(Ann. d'hyg et de la Société de médecine légale, 1885).

Les propriétés antiseptiques du chlorure de zinc, son prix peu élevé ont jeté sur ce sel la plus grande

faveur, et ont fait recommander son emploi par le Conseil de Salubrité publique (27 juillet 1883).

L'usage de ce sel n'est cependant pas sans danger, il a donné lieu à des empoisonnements, surtout en Angleterre; aussi, avons-nous jugé utile de donner la première description de ce mode d'empoisonnement à propos d'un cas de ce genre observé dans le service de notre maître, M. le Dr Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis.

Les symptômes observés immédiatement sont ceux de l'ingestion d'un liquide caustique : eschare blanchâtre du fond de la gorge, du pharynx; douleurs violentes à l'épigastre, le long du sternum, point dorsal; nausées. Les vomissements ne surviennent pas si l'estomac est surpris en état de vacuité; le péril est d'autant plus grand que l'estomac est vide. L'état général exprime l'abattement, l'angoisse.

Le malade échappe rarement aux accidents primitifs ou secondaires. Plusieurs fois la mort, dans le collapsus, est survenue à brève échéance, en quelques heures, même après l'ingestion de quelques cuillerées d'une solution forte.

Les accidents secondaires se rapportent surtout à la gastro-entérite chronique; la convalescence est fort longue à s'établir; elle exige plusieurs semaines ou mois, et peut être entravée par des complications graves, parmi lesquelles il faut signaler l'hématémose, la typhlite consécutive à une lésion du cœcum, les perforations intestinales tardives.

Ces empoisonnements sont graves : 21 cas donnent 8 morts promptes et trois morts tardives. Le pronostic dépend de la promptitude du secours, du degré de concentration de la liqueur ainsi que de la quantité absorbée.

Avec le plus grand soin, éclairé par l'habile expé-

rience de M. Laffont, pharmacien des hôpitaux, nous avons exposé le diagnostic chimique de cet empoisonnement, nous avons indiqué comment, grâce à la décomposition facile du chlorure de zinc, il fallait rechercher le zinc dans le sang sous forme d'albuminate soluble, et les traces du métal dans les eschares, dans l'urine.

En raison des erreurs faciles à commettre, il est nécessaire de colorer les solutions de chlorure de zinc mises à la disposition du public. Les accidents immédiats exigent l'emploi du lavage de l'estomac avec l'eau de savon, une boisson abondante albumineuse ou renfermant des carbonates alcalins. L'alimentation du malade exigera la surveillance la plus rigoureuse pendant longtemps : le régime lacté exclusif s'impose comme dans l'ulcère de l'estomac.

20 mars 1892.

Toulouse, imprimerie Pinel, place St-Georges, 12.